

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

POUR

N°
403

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges PERRIGAULT

Né le 7 juillet 1894 à Lignéil (Indre-et-Loire)

ÉTUDE

SUR

LA NÉCESSITÉ DE DÉVELOPPER

LES CONSULTATIONS

POUR FEMMES ENCEINTES

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

403

403

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

103

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges PERRIGAULT

Né le 7 juillet 1894 à Ligneil (Indre-et-Loire)

ÉTUDE

SUR

LA NÉCESSITÉ DE DÉVELOPPER

LES CONSULTATIONS

POUR FEMMES ENCEINTES

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LEGÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERRER
ALGLAVE	FISSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYK	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale

Accoucheur des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR WOLF

Directeur de l'Ecole de Médecine de Tours

A MES ANCIENS PROFESSEURS DE TOURS



AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études, qu'il nous soit permis d'exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux et à ceux qui ont contribué à notre instruction médicale.

Que nos professeurs de l'Ecole de Tours veulent bien recevoir l'expression de notre gratitude.

Le D^r Meunier et son chef de clinique le D^r Mallet nous ont initié aux difficultés du diagnostic médical. C'est au D^r Lapeyre et au D^r Faix que nous devons nos notions de chirurgie. Le D^r Thierry, directeur de l'Ecole de Médecine de Tours, nous a enseigné l'obstétrique. Nous leur témoignons nos plus sincères remerciements pour leurs enseignements et leurs conseils expérimentés.

Nous tenons à remercier :

M. le Professeur Bar, qui a mis à notre disposition les documents de la commission de la natalité qu'il dirige avec un zèle inlassable.

M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, qui a bien voulu nous confier les dossiers volumineux qu'il a pu réunir, sur la question de la natalité, par une activité sans repos.

Le Dr Filassier, pour son accueil bienveillant et les conseils de son expérience dans l'étude des dossiers ministériels.

M. le Professeur Brindeau, qui a daigné accepter la présidence de notre thèse. Nous avons été son élève pendant un temps trouvé trop court, et avons quitté la clinique Tarnier en emportant le souvenir de l'enseignement si brillant et en même temps si paternel que nous y avons reçu.

ETUDE
SUR
LA NÉCESSITÉ DE DÉVELOPPER
LES CONSULTATIONS
POUR FEMMES ENCEINTES

INTRODUCTION

La crise de la natalité qui sévit en France depuis près d'un siècle s'aggrave chaque année et oblige les pouvoirs publics comme les œuvres privées à lui rechercher des remèdes.

En 1903, MM. Pinard et Richet, dans un rapport publié par les *Annales de Gynécologie*, sur les causes physiologiques de la diminution de la natalité en France, émettaient l'opinion que le petit nombre des naissances était dû « à la volonté déterminée et consciente des époux de n'avoir qu'un nombre déterminé d'enfants ».

Depuis cette époque bien des études ont été faites sur cette question, bien des congrès se sont réunis, qui n'ont fait que confirmer combien est juste cet avis.

En 1911, dans le rapport général sur les causes de

la mortalité infantile, M. Paul Strauss, actuellement ministre de l'Hygiène, montrait clairement le danger : « Les crimes contre l'enfance, et plus particulièrement les infanticides, ont pris une forme à la fois plus hypocrite et plus raffinée. Les manœuvres abortives deviennent de plus en plus fréquentes et meurtrières. »

« Le zèle des néo-malthusianismes de doctrine ne connaît plus de bornes. Les propagandistes de la génération consciente, les prédicateurs de la grève du ventre se voient dépassés ou interprétés au delà de leurs propres théories. Des conférences sont faites, des brochures distribuées, des affiches sont apposées qui fournissent à côté de considérations sociologiques discutables, des indications anatomiques précises. »

Depuis cette date le danger ne fait que croître et à ce mal de dépopulation volontaire, dont nous venons de montrer les causes, nous pouvons opposer deux remèdes.

CHAPITRE PREMIER

LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE

L'ASSISTANCE AUX FEMMES ENCEINTES PAR LES CONSULTATIONS MÉDICALES

Pour obvier à cette crise de la natalité le moyen radical consisterait à en supprimer la cause, c'est-à-dire à obtenir de tous les ménages la pleine acceptation des enfants. Ce remède semble le plus difficile à appliquer ; il est du ressort des pouvoirs publics et surtout des moralistes plutôt que du domaine de la médecine.

Cependant le médecin, de par sa situation sociale qui le fait pénétrer dans tous les milieux et le rend confident de toutes les misères, peut avoir par des conseils judicieusement donnés une heureuse influence ; c'est à lui que revient le devoir de montrer à ses clients le danger des doctrines néo-malthusiennes, qui en frustrant la nature exposent l'homme à de multiples atteintes de la maladie. N'a-t-il pas été dit au congrès national de la Mutualité Maternelle, par un professeur éminent de la Faculté de Paris : « Que si les femmes consentaient toutes à être mères, les chirurgiens mourraient de faim ; ce

qui donne aujourd'hui le plus d'occupations aux chirurgiens, c'est la stérilité volontaire. »

Le second remède, moins efficace que le premier puisqu'il ne s'attaque pas directement à la cause, semble plus facile à appliquer, et surtout, devoir donner des résultats plus immédiats : c'est la lutte contre la mortalité infantile par la protection de l'enfance et nous étudierons cette protection pendant la période de la gestation, sous la forme de *consultations pour femmes enceintes*.

L'efficacité de ce remède a bien été mise en doute, ainsi M. Jacques Bertillon, à la suite de minutieuses statistiques, put émettre cette loi : « En règle générale, la natalité et la mortalité sont l'une et l'autre élevée dans un même pays, l'une et l'autre faible dans le même pays », et de cette loi il tirait ces logiques conclusions : « Si même on parvenait à réduire encore la mortalité, il est à craindre que cet abaissement ne soit suivi, toutes choses égales d'ailleurs, d'un nouveau recul de la natalité. » Il convient de ne pas exagérer les conclusions de M. Bertillon, il faut en peser tous les termes ; dans l'énoncé de sa loi il a eu soin de débiter par ces mots, « en règle générale » et la France ne rentre pas dans la règle générale, puisque sa mortalité infantile est très élevée en proportion du chiffre des naissances.

Et, ce n'est qu'une crainte que M. Bertillon émet, crainte qu'il fonde sur l'observation de M. Pinard, précédemment citée « que le petit nombre des naissances n'est dû qu'à la volonté déterminée et cons-

cient des époux de n'avoir qu'un nombre déterminé d'enfants ». Si donc on leur en sauve un de la mort, cela leur évitera d'en avoir un autre ; mais heureusement, tous les ménages ne raisonnent pas ainsi et il y en a encore beaucoup de plus généreux.

C'est à la corporation médicale que revient l'honneur de diriger la lutte contre la mortalité infantile et à ce point de vue il faut envisager que le médecin doit lutter contre cette mortalité, non seulement parce que la France a besoin d'enfants, mais parce que sa profession en fait le gardien chargé de veiller sur les tout petits. Le médecin a, pour lui dicter son devoir les paroles que Budin adressait à ses élèves et amis comme l'expression de ses derniers désirs : « Je vous confie le sort des petits enfants de France, je compte sur vous pour faire, par vous-mêmes d'abord, et plus tard par vos élèves la propagande nécessaire en faveur des consultations de nourrissons. »

Depuis la mort de Budin il a beaucoup été fait pour les enfants et surtout pour les nourrissons.

Mais l'enfant ne vit pas seulement du jour de sa naissance ; il vit du jour de sa conception ; et si pendant la période de gestation, la nature semble le bien protéger dans le sein de sa mère, il ne reste cependant pas à l'abri de toute atteinte. La vie moderne nous éloigne chaque jour de l'état de nature et rend cette protection que l'organisme de la femme devrait assurer de plus en plus insuffisante.

Citons simplement les exigences de la mode qui,

par le port de corsets irrationnels ont été à une époque si préjudiciables à un grand nombre de mères et d'enfants ; citons encore la vie de Paris qui oblige les femmes enceintes à monter de nombreux étages. Et si autrefois une ligne d'omnibus à chevaux était réputée pour ses effets abortifs bien remarquables, les multiples lignes d'autobus qui sillonnent Paris en tous sens sont certainement, par leurs terribles trépidations, la cause d'un nombre important d'avortements.

Il importe pour le bien de l'enfant et pour celui de la mère, que la femme enceinte soit sous une surveillance médicale. Elle est un des égards que la société doit à la femme enceinte ; du fait de son état son existence est doublement précieuse ; et même dans l'antiquité où les lois étaient si peu libérales pour la femme, on ne ménageait pas les marques de déférence aux futures mères.

Je citerai à ce sujet une page de M. Clappier : « Que de fois en étudiant l'histoire ancienne, on remarque le soin que les peuples de l'antiquité prenaient des femmes enceintes. En Chine et dans les pays de civilisation indo-chinoise, des lois de la plus haute antiquité interdisent d'abuser du travail de la femme enceinte. En Grèce, à Rome, la maison de la femme en état de grossesse était regardée comme un lieu d'asile pour les criminels, car il fallait éviter à la gestante le spectacle des luttes et des émotions d'une arrestation. A Rome, les femmes enceintes étaient dispensées de s'écarter, comme chacun devait

le faire, sur le passage des magistrats, et elles avaient le pas sur les hommes les plus honorés. Un semblable usage de respect existait encore au siècle dernier à Harlem, en Hollande, où l'entrée de la maison d'une femme en couches était interdite même aux créanciers.

Que nous sommes loin malgré notre degré de civilisation d'un tel respect de la femme enceinte, et pourtant quelle plus noble mission que celle de la maternité ? La femme fait œuvre patriotique et sociale, et si elle s'acquitte de cette dette envers la société, celle-ci doit lui faciliter autant que possible sa fonction. »

A l'heure actuelle, nous pouvons faire plus que de prodiguer à la femme enceinte des marques extérieures de respect et que de lui éviter fatigues et émotions. La médecine a fait d'énormes progrès ; les femmes enceintes doivent en profiter largement. Ce sera la meilleure façon pour les médecins de s'acquitter envers elles de la déférence qui leur est due que de les faire bénéficier des enseignements de leurs maîtres.

Mais à tous ces arguments en faveur de la surveillance attentive des femmes enceintes, s'en ajoute un autre plus impérieux ; comme nous le disions plus haut, par suite de sa faible natalité, la France se trouve dans une situation critique. Jadis il y avait trois départements cerclés de noir où le chiffre des cercueils dépassait celui des berceaux ; aujourd'hui, il y en a 79, et chaque année le signe funèbre

s'étend. Bientôt le chancre maudit couvrira le pays entier.

Le gouvernement s'est alarmé, et tout dernièrement M. Paul Strauss lançait au Sénat cette phrase comme le cri de détresse de la France : « Nous ne pouvons plus dans aucune couche de la société nous résigner à un décès d'enfant évitable ».

Il ne faudrait pas croire qu'en présence d'une situation si tragique, rien n'ait été fait jusqu'à ce jour pour diminuer le nombre des mort-nés. Voyons donc quels sont les moyens de protection que les pouvoirs publics ou des initiatives privées ont pris en faveur des femmes enceintes.

Nous pouvons considérer la femme enceinte à trois périodes différentes :

1° Au début et pendant la plus grande partie de la grossesse ;

2° Pendant le dernier mois ;

3° Dans les jours qui précèdent l'accouchement.

A Paris, dans chaque hôpital doté d'une maternité et dans chaque clinique obstétricale, il existe une consultation gratuite pour toutes les femmes enceintes. Le succès de ces consultations est très variable nous en expliquerons plus loin la cause.

En province, dans les grandes villes et dans celles qui possèdent une école de médecine prospère, telles que Lille, Bordeaux, Marseille, Lyon, Nantes, etc..., la consultation fonctionne à la maternité de ces villes dans les mêmes conditions qu'à Paris.

Mais dans la plupart des préfectures, dans les

viles possédant des écoles de médecine qui végètent, bien qu'il y ait une maternité et parfois même une maison maternelle, les femmes ne viennent pas consulter régulièrement pendant leur grossesse ; elles viennent généralement une fois au cours de leur huitième mois ; mais c'est plutôt pour voir l'aspect de la maison où elles doivent faire leurs couches, que pour avoir les conseils que comporte leur état.

Examinons maintenant ce qui est fait pour les femmes dans le dernier mois de leur grossesse.

Depuis déjà un certain temps, on observait que le repos favorisait la bonne gestation des femmes enceintes.

En 1899 Mme Sarraute soutenait sa thèse : « De l'influence du repos sur la durée de la gestation » et en 1907 M. Pechin complétait ce travail par une étude statistique du poids des enfants nés à la clinique Baudelocque, de 1890 à 1907. Il montrait dans cette étude que si le repos favorisait la durée normale de la gestation, évitant ainsi la naissance de ces prématurés dont l'existence est fragile, en même temps il permettait d'obtenir des enfants plus lourds, plus vigoureux, plus résistants et partant plus viables.

Le gouvernement a tenté de faire profiter les femmes du repos pendant les derniers temps de leur gestation ; ainsi d'après la loi du 17 juin 1913, toutes les femmes admises à bénéficier de l'Assistance publique doivent se reposer pendant les vingt-huit derniers jours de leur grossesse et une allocation qui

varie de 0 fr. 50 à 1 fr. 50 par jour leur est allouée.

Certes cette loi n'accorde pas de gros avantages pécuniers ; l'allocation allouée paraît même dérisoire ; mais il faut remarquer que c'est une loi d'avant-guerre, qu'à cette époque 50 centimes étaient une somme appréciable et qu'à l'heure actuelle la France se débat au milieu de grosses difficultés financières. Ce petit alinéa de la loi de 1913 montre cependant un effort fait par les législateurs pour s'occuper des femmes pendant leur gestation.

En effet pour que la femme puisse obtenir dans les derniers temps de sa grossesse, les secours que la loi lui accorde, il lui faut un certificat médical, d'où la nécessité pour elle de consulter, au moins une fois, avant son accouchement. Le médecin ou la sage-femme qui l'examinera ne fera pas que de délivrer rapidement le certificat demandé, mais aura à cœur d'examiner consciencieusement la femme, de lui donner les conseils dont elle peut avoir besoin et de la surveiller si besoin est, pendant les quelques semaines qui la séparent de son accouchement.

Certes, une seule consultation donnée avant l'accouchement est bien insuffisante ; mais cependant elle permet parfois de prévoir une de ces graves dystocies qui envoient si fréquemment à l'hôpital les femmes n'ayant jamais consulté durant leur grossesse, et cela dans un état désespéré, soit pour la mère, soit pour l'enfant.

Il convient d'ajouter à cette loi d'Assistance

publique, que de nombreuses administrations privées et de l'Etat accordent un congé payé à la femme enceinte dans le dernier mois de sa grossesse.

Il nous reste à considérer quelle surveillance est assurée à la femme dans les derniers jours de sa gestation.

A Paris, il existe des hôpitaux et cliniques bien installés où toute femme qui ne veut pas accoucher chez elle peut le faire, soit dans un de ces hôpitaux ou cliniques, soit chez une sage-femme agréée.

Là, si elle ne bénéficie pas de l'Assistance, auquel cas son séjour à l'hôpital est absolument gratuit, elle n'a à déboursier qu'une somme fixée suivant ses ressources et relativement minime, ne dépassant jamais 19 francs par journée.

Dans les grandes villes de province, et notamment dans celles dotées d'une école de médecine, il existe des maternités généralement bien installées et fonctionnant dans les mêmes conditions.

Ces maternités, comme celles de Paris sont de plus en plus fréquentées, et un grand nombre d'entre elles se trouvent maintenant trop étroites pour abriter les femmes qui ont besoin d'être surveillées pendant les jours qui précèdent leur accouchement.

Nous avons envisagé la situation qui existe à Paris et dans les grandes villes ; mais dans les petites sous-préfectures, dans les cantons des campagnes, qu'existe-il pour les femmes enceintes ? A part quelques rares exceptions : absolument rien. C'est profondément regrettable ; car il suffit de suivre pen-

dant un certain temps une des consultations de femmes enceintes à Paris, pour s'apercevoir que toutes les grossesses sont loin d'être normales.

M. le professeur Bar qui avait montré si clairement que la grossesse est une symbiose harmonieuse, un état physiologique et non pathologique, a été le premier à répandre l'idée de l'utilité des consultations pour les femmes enceintes, parce qu'il avait constaté que souvent la grossesse évolue chez des femmes pathologiques et que certaines grossesses peuvent être elles-mêmes pathologiques, de par une atteinte morbide que le germe a subi.

CHAPITRE II

LES AVANTAGES DES CONSULTATIONS POUR FEMMES ENCEINTES

STATISTIQUES RELEVÉES A LA CLINIQUE TARNIER

Pour montrer les avantages des consultations de femmes enceintes, nous allons voir quels ont été les résultats obtenus cette année à la clinique Tarnier dirigée depuis un an par M. le professeur Brindeau.

Ces consultations fonctionnent depuis longtemps. Dès 1910, M. le professeur Bar se rendant compte de leur grande utilité favorisa leur extension ; c'est sous son impulsion qu'elles se sont admirablement développées, et l'an dernier quand il quitta la clinique, elles étaient en pleine prospérité. Le nombre des consultations données s'est encore accru cette année par rapport aux précédentes ; cela tient à ce que M. le professeur Brindeau a tenu à mettre sa consultation à la disposition de toutes les femmes, même des plus occupées, en la rendant permanente.

Du 10 octobre 1922 au 10 octobre 1923, 11.639 consultations ont été données, à ces consultations 4.800 femmes environ ont été examinées.

Sur ce nombre, la plus grande partie ne présentaient aucun symptôme de maladie. Il ne faudrait pas croire pour cela que la consultation ait été inutile pour ces femmes. Il leur a été donné les conseils d'hygiène dont elles avaient besoin et qui auront été de la plus grande utilité pour leur bonne santé et celle de leur enfant ; il a été possible au cours de ces consultations de faire à chacune d'elles, en quelques mots appropriés à leur cas une petite leçon d'éducation maternelle dont à l'heure actuelle le besoin se fait tant sentir. En particulier il leur est recommandé avec une insistance inlassable et qui certainement portera ses fruits de nourrir leur enfant au sein. Bien des mères qui avaient perdu de gastro-entérite leurs premiers enfants nourris au biberon, sont sorties de la consultation convaincues que pour élever leur enfant il faudrait qu'elles le nourrissent au sein et bien résolues à le faire.

Mais toutes les femmes qui sont venues consulter n'avaient pas, il s'en faut de beaucoup, une grossesse normale.

Voici qu'elles ont été les principales affections ou malformations compliquant la grossesse qui ont été observées.

I. — Maladies nécessitant un traitement pendant la grossesse.

1^o Syphilis :

Nombre de femmes reconnues atteintes

de syphilis..... 97

Nombre de femmes soumises à un traitement antisyphilitique (1).....	93
Nombre de femmes ayant refusé le traitement	4
Symptômes ayant fait soupçonner la syphilis :	
Gémellarité.....	4
Hydramnios	8
Avortements antérieurs, mort-nés, macérés, enfants portant des stigmates de syphilis.....	58
Accidents spécifiques en évolution....	5
2° Epilepsie.....	1
3° Tuberculose :	
Femmes suspectes de tuberculose....	13
Tuberculose pulmonaire en évolution.	29
Tuberculoses osseuses guéries avec état général nécessitant une surveillance..	21
II. — Maladies nécessitant un régime pendant la grossesse.	
1° Cardiopathies :	
Rétrécissement mitral.....	10
Insuffisance mitrale.....	5
Maladie mitrale.....	2
Arythmie.....	2
Hyposystolie	1
Angine de poitrine	1
Autres affections du cœur.....	8
2° Troubles rénaux :	
Pyélonéphrites.....	12
Néphrectomies, antérieures.....	3
(dont une pour tuberculose).	

1. Les femmes qui ont été traitées pour syphilis à la clinique n'y sont pas toutes venues pour accoucher aussi les résultats du traitement ne peuvent pas toujours être connus. Mais parmi ces femmes, six d'entre elles qui auparavant avaient fait de nombreuses fausses couches avec enfants macérés ont eu à la suite du traitement un enfant vivant et bien constitué.

Albuminurie.....	73
(deux cas ont nécessité une césarienne pour hémorragie et hypertension. Dans un de ces cas, la femme était venue à la consultation à terme et dans un état prééclamp- tique).	
Albuminurie et volumineux œdèmes..	4
Œdèmes notables.....	22
Œdèmes et Hydramnios.....	2
Hydramnios et Albumine.....	3
Albumine et Hypertension.....	5
III. — Menaces d'avortements traitées.....	28
IV. — États nécessitant une surveillance ou une interven- tion :	
Gemellaire.....	31
Hystéropexie antérieure à la grossesse.	2
Môle hydatiforme.....	1
Rétention probable d'œuf mort.....	11
Rétroversion utérine avec début d'in- carcération.....	3
Salpingite.....	3
Endométrite.....	1
Vaginite granuleuse.....	1
Bartholinite.....	1
Papillomes.....	1
Grossesse extra-utérine.....	13
(dont une se rompt à la consultation).	
Appendicite.....	7
(dont deux nécessitent l'opération).	
V. — Présentations du fœtus nécessitant une version.	
1° Présentations du siège :	
Versions effectuées.....	56
Versions ayant échoué.....	32
Versions n'ayant pas été tentées, les femmes étant venues à la consulta-	

tion alors que le siège était déjà engagé.....	14
Siège et placenta prævia, pas de tentative de version.....	1
Siège et tumeur prævia.....	1
Siège, version refusée par la femme..	1

20 Position transversale du fœtus :

Position transversale du fœtus traitées avec succès.....	9
(dont un cas chez une femme venue à la consultation dans les derniers jours de la grossesse).	
Position transversale du fœtus avec refus de traitement.....	1
Position transversale du fœtus irrédactable et nécessitant une opération césarienne.....	1

VI. — Dystocie à craindre au moment de l'accouchement.

1° Par tumeur ou malformation vaginale :

Thrombus pédiculé du vagin.....	1
Kystes vaginaux.....	3
Bride cicatricielle au fond du vagin... (dont 1 cas nécessite une opération césarienne).	2
Hypertrophie d'une colonne du vagin,	2
Double vagin.....	1

20 Par tumeur ou malformation des organes génitaux internes :

Polype muqueux du col de l'utérus...	1
Déchirure antérieure du col de l'utérus,	2
Fibromes.....	54
(dont 1 opéré pour nécrose et 3 césariennes faites pour fibrome prævia).	
Kystes de l'ovaire.....	15
(dont 4 enlevés au cours de la gros-	

sesse ; 1 enlevé (avait été pris
pour une ascite tuberculeuse) ;
3 kystes prœvia ont nécessité
l'opération césarienne).

Placenta prœvia..... 6
(dont 2 ont nécessité l'opération césarienne).

Segment inférieur mal formé..... 1

Utérus double..... 1

3° Par le mauvais état des parties molles ou de la paroi
abdominale.

Parties molles très résistantes..... 3

Paroi abdominale sans résistance.... 2

Paroi abdominale avec large cicatrice
de brûlure..... 1

Eventrations..... 9

Hernies..... 9
(dont une nécessite l'opération).

4° Par bassins viciés :

A) Par lésion de la colonne vertébrale
(bassin des bossues).....

Bassins cyphotiques..... 12

Bassins scoliotiques..... 5

B) par lésion des membres inférieurs
(bassin des boiteuses).....

Par pied bot..... 1

Par paralysie infantile..... 3

Par luxation coxo-fémorale..... 13
(dont un cas nécessite l'opération
césarienne).

Par coxalgie..... 16
(3 cas nécessitent l'opération césarienne).

C) Bassin avec exostose..... 1
(nécessite l'opération césarienne).

D) Bassins rétrécis.....

Promontoire accessible..... 209

(1 cas nécessite l'opération césarienne, l'enfant ayant une tête volumineuse).	
Promontoire et faux promontoire accessible.....	11
Epines sciatiques saillantes.....	30
Promontoire accessible et épines sciatiques saillantes.....	19
Bassin généralement mais peu rétréci.....	83
(dont 6 cas nécessitent l'opération césarienne et 1 cas la pubiotomie, la tête de l'enfant étant un peu volumineuse).	
Bassin rétréci transversalement.....	18
E) Bassins rachitiques.....	
Bassin généralement rétréci avec promontoire facilement accessible.....	91
(dans 26 cas l'opération césarienne a été nécessaire).	
Bassins canaliculés.....	49
Sacrum en hameçon.....	1
Bassin plat.....	26
(dont 1 nécessite l'opération césarienne).	
Branches ischio-pubiennes rapprochées.....	5
Bassin achondroplasique.....	1
Bassin avec lésions rachitiques très accentuées.....	8
(dont 4 cas nécessitent l'opération césarienne).	

Quelles conclusions est-il possible de tirer de la statistique précédente? On peut dire que ces consultations ont été utiles à toutes les femmes qui y sont

venues, que leur grossesse ait été anormale ou non.

Les conseils d'hygiène pour le cours de la grossesse et ceux pour l'accouchement leur ont été de la plus grande utilité et à toutes, les avantages de l'allaitement au sein a été prouvé ainsi que les dangers du biberon.

Quant aux femmes dont la grossesse était pathologique, nous considérerons les résultats de ces consultations à trois point de vue différents :

A. — Au début de la grossesse l'examen a surtout permis :

1° De diagnostiquer la grossesse extra-utérine et de l'opérer. Nous ferons un peu plus loin une remarque à ce sujet ;

2° De dépister la syphilis et de lui opposer un traitement intensif ;

3° De reconnaître la tuberculose, de faire profiter la femme qui en est atteinte des œuvres antituberculeuses et de lui montrer le danger de la contagion et les moyens d'y remédier.

B. — Dans la seconde moitié de la grossesse :

1° La femme a été surveillée en vue d'éviter le danger d'une crise d'éclampsie par un contrôle attentif : des urines, des œdèmes, de la tension artérielle et des petits signes du prééclampsisme ;

2° La position de l'enfant a été vérifiée et la version tentée chaque fois que la présentation n'était pas une présentation céphalique.

C. — La consultation a permis d'établir le pronostic de l'accouchement et de placer les femmes pour les-

quelles une dystocie était à craindre dans la clinique, aménagée pour toute intervention nécessaire.

Enfin quelques femmes sont venues consulter parce que stériles et désirant avoir des enfants. Dans certains cas, il a été possible d'instituer un traitement efficace.

Mais il faut dire que les femmes qui ont consulté dans ce but s'adressaient à la clinique Tarnier parce qu'elle est clinique gynécologique en même temps qu'obstétricale.

Une remarque analogue peut être faite pour la grossesse extra-utérine. La plupart du temps les femmes qui en étaient atteintes n'étant pas venues consulter parce que enceintes, mais parce que souffrant du ventre.

CHAPITRE III

L'ORGANISATION DES CONSULTATIONS POUR FEMMES ENCEINTES

Nous venons de voir combien ont été utiles les consultations de femmes enceintes établies à l'hôpital Tarnier. Leur nécessité se fait encore plus sentir dans les campagnes éloignées d'une maternité bien aménagée. A Paris, toutes les femmes dépourvues de ressources, ou celles dont les ressources sont insuffisantes, viennent accoucher dans les hôpitaux de l'Assistance, généralement pourvus de tout ce qui est nécessaire ; mais à la campagne, il n'en est pas de même ; et quant au moment de l'accouchement survient une complication que le manque de consulter, malheureusement si fréquent, n'avait pas permis de prévoir, l'éloignement d'une maternité et les mauvaises conditions hygiéniques du domicile de la parturiente, empêchant la plupart du temps l'intervention convenable.

Il y aurait donc grand avantage, à ce que fonctionnent dans toute la France des consultations analogues à celles que nous venons d'étudier.

A Paris, a été constitué un Comité national de

l'Enfance, chargé de rechercher et de proposer au gouvernement les mesures propres à diminuer la mortalité infantile.

Ce comité est lui-même divisé en plusieurs commissions, dont l'une s'occupe spécialement de l'hygiène des femmes enceintes. M. le professeur Bar la préside ; et, sous sa direction, elle a eu ces dernières années d'importantes réunions. Les consultations de femmes enceintes ont été étudiées avec une particulière attention.

En 1922, un Congrès international réunissait à côté du comité français des notabilités étrangères qui ont apporté la collaboration de leur pensée et quelquefois aussi les résultats de ce qui avait été entrepris dans leurs pays.

A la suite de ce congrès et des travaux qui se sont continués depuis, des désirs ont été émis, qui seront transmis à M. Strauss, notre ministre de l'Hygiène, qui s'occupe actuellement d'une manière si active de la rénovation complète de la loi Roussel. Le Parlement français qui aura à discuter ce projet de loi de M. Strauss, pourra établir une législation qui protégera efficacement et aussitôt qu'il est nécessaire la vie des enfants.

M. Devraigne a fait un rapport dont les conclusions ont été résumées sous la forme de vœux. Nous en examinerons les parties les plus intéressantes pour les consultations de femmes enceintes.

Tout d'abord, il convient de remarquer que les solutions proposées par la commission qui s'occupe

des femmes enceintes sont essentiellement pratiques. Toutes les difficultés d'ordre matériel ont été envisagées et solutionnées par des moyens réalisables sans dépenses excessives. Des professeurs, des directeurs et directrices d'œuvres maternelles, des médecins de province, des médecins de campagne sont venus exposer devant la commission, la situation des divers milieux dans lesquels ils vivent : c'est pour cela que les résultats des discussions et les vœux émis pourront être facilement réalisés.

La première question à résoudre était de savoir quelles femmes devaient bénéficier des consultations projetées :

M. Devraigne dans son rapport disait : « Praticiens de campagne et de Paris sont tous d'accord que ne peuvent bénéficier des consultations de grossesse que les femmes demandant les secours de la loi Paul Strauss. »

Il semble bien évident qu'on ne peut accorder le bénéfice de consultations gratuites à des femmes qui peuvent tout aussi bien payer le médecin quand elles en ont besoin, que s'offrir des distractions plus ou moins nécessaires.

Puis pour organiser les consultations de femmes enceintes, la commission a classé les différentes villes en trois catégories :

- 1^o Paris et les villes de plus de 100.000 habitants ;
- 2^o Les villes de 10.000 à 100.000 habitants ;
- 3^o Les villes de moins de 10.000 habitants.

Assurément cette division est toute théorique ;

mais il ne faut pas perdre de vue qu'elle n'est donnée qu'à titre d'indication. Il était nécessaire d'établir un classement entre les villes de différente importance et celui donné n'est pas absolu, mais variable pour chaque département, suivant son étendue, la densité de la population et la répartition des moyens de communication.

Ce qui est voulu, c'est que toute femme enceinte, de la ville ou de la campagne, qui demande à bénéficier de la loi Strauss soit non seulement à même, mais se trouve dans l'obligation de consulter.

Les vœux émis à ce sujet sont ainsi formulés :

« La première consultation donnée à la femme enceinte devra être aussi précoce que possible et au plus tard dans le troisième mois de la grossesse. A cette première consultation le médecin indiquera à la femme ses obligations.

Toute femme demandant à bénéficier de la loi Strauss devra être régulière aux consultations ».

Cette obligation de consulter et de le faire régulièrement pendant la grossesse peut paraître une précaution excessive ; on serait tenté de croire qu'il suffit d'accorder aux femmes enceintes la faveur de consultations gratuites pour les y voir toutes affluer avec empressement. L'expérience montre qu'il n'en est rien ; car à Paris où il en existe de fort bien installées dans de nombreux hôpitaux, et cependant bien connues des femmes enceintes, les statistiques établies par M. Devraigne montrent que 25 o/o des femmes qui viennent accoucher n'ont pas consulté.

Sans l'obligation aux consultations, bien des femmes accepteraient les secours pécuniers de l'Etat mais négligeraient complètement les principes élémentaires de l'hygiène et la surveillance médicale pendant la grossesse, si utile pourtant, comme nous venons de le voir. La nation s'imposerait ainsi un sacrifice financier dont elle ne retirerait pas tous les avantages qu'elle est en droit d'en attendre.

Des vœux cités plus haut, outre l'obligation de consulter, il ressort aussi la nécessité de le faire aussitôt que possible, et sous une direction médicale.

En effet, il ne s'agit point d'une consultation obstétricale au sens restreint du mot, donnée, par une sage-femme et qui se bornerait à prévoir l'issue de l'accouchement. La grossesse doit être envisagée dans ses rapports avec l'état général de la femme.

Un examen absolument complet de tous les organes devra être fait. Ce sera le seul moyen de ne pas laisser passer sans les diagnostiquer des affections graves et en particulier deux maladies si meurtrières pour les mères et les enfants : la tuberculose et la syphilis surtout, qu'il est possible de traiter avec efficacité quand elle est reconnue au début de la grossesse.

Et plus tard la surveillance, pour éviter les crises d'éclampsie, devra toujours se faire sous la direction du médecin et ne pas se borner à la recherche de l'albumine dans les urines.

M. le Dr K. de Suoo, de Rotterdam, expliquait ainsi au Congrès international de la natalité les

brillants résultats qu'il avait obtenu dans la lutte contre l'éclampsie : « Nous attribuons ce résultat moins à l'analyse de l'urine qu'au pesage régulier de la femme enceinte, à l'examen de la pression artérielle, qui permettent de reconnaître les cas d'œdème, de préœdème ou d'hypertension dans les premières phases de ces intoxications. Nous avons obtenu ces résultats en prescrivant un régime sans sel à ces femmes, tout en les surveillant tous les huit jours. »

Une semblable organisation des consultations permettra une surveillance attentive des futures mères ; mais il faut envisager l'application des traitements qui seront jugés nécessaires, dans bien des cas une ordonnance et un régime facile à suivre seront suffisants. Un traitement antisyphilitique peut même être aisément organisé dans une consultation.

Mais il est des cas où l'état de la femme nécessitera son hospitalisation durant sa grossesse ou au moment de l'accouchement quand une dystocie est prévue.

D'autres, par suite de l'insuffisance de leur domicile devront également être envoyées dans une maternité pour leur accouchement qui là se passera normalement.

D'où la nécessité de compléter les consultations de femmes enceintes par l'organisation de trois services d'hospitalisation :

- 1° Pour les femmes enceintes malades ;
- 2° Pour les accouchements dystociques ;
- 3° Pour les accouchements normaux.

Le vœu émis à ce sujet est ainsi formulé : « Il faut que des mesures soient prises pour que les femmes enceintes malades qui ont besoin de soins spéciaux, puissent être hospitalisées dans des maternités pourvues de locaux spéciaux différents des asiles pour femmes saines. »

Il serait en effet dangereux de réunir dans un même local des femmes saines et des femmes atteintes de maladies contagieuses, de tuberculose surtout ; il convient pour cette maladie de prendre toutes mesures utiles pour en éviter la propagation.

Les maternités destinées aux accouchements dystociques devront être aménagées pour parer à toute éventualité et en particulier comprendront une salle d'opération contiguë à la salle d'accouchement et le médecin qui dirigera une semblable maternité devra être à même d'effectuer toute opération chirurgicale qu'il jugera nécessaire.

Comme nous le voyions plus haut, à propos de la grossesse extra-utérine, il n'y a pas de limite bien tranchée entre l'obstétrique et la gynécologie, aussi il y aurait grand avantage à ce que ces maternités acceptent, comme cela se fait à la clinique Tarnier les femmes atteintes d'une affection gynécologique.

Ces maternités, dont dépendra l'asile pour femmes enceintes malades dont nous parlions plus haut, ne devront pas être simplement des centres d'accouchement et de traitement ; elles seront des sortes de

polycliniques, pour l'établissement de diagnostics précis.

Là devra fonctionner un laboratoire particulièrement bien outillé pour la recherche de la tuberculose et de la syphilis. Ce laboratoire ne sera pas seulement utilisé pour les malades hospitalisées à la maternité mais sera à la disposition des médecins chargés des consultations de femmes enceintes dans la région, pour faire les analyses qui lui seront adressées et notamment la recherche des bacilles de Koch dans les crachats et les réactions de Wassermann et de Hetcht.

Une installation de radiographie serait aussi indispensable.

Assurément la création d'une semblable maternité est assez onéreuse et ne peut être établie que dans les villes possédant d'abondantes ressources.

Il est difficile d'établir un classement des villes pour savoir celles qui devraient être dotées de maternités ainsi conçues. Leur but étant de recevoir tous les cas dystociques d'une région déterminée, il est possible d'entendre par région un département, par exemple, et de placer la maternité au chef-lieu. C'est ce qui le plus souvent sera le mieux, et il existe déjà une organisation analogue, puisque la plupart des préfectures sont pourvues d'une maternité qu'il suffirait d'aménager comme nous l'indiquions ci-dessus. Dans bien des cas des départements très peuplés pourront avoir deux maternités et même plus. C'est ce que visaient les vœux du comité en classant les

villes d'après leur population ; chaque ville de plus de 100.000 habitants devant être en mesure d'assurer l'existence d'une maternité pour les cas dystociques.

Il ne faudrait pas non plus réduire le rayon d'action d'une maternité d'une façon trop rigoureuse et trop administrative, en fixant ses limites à celles du département. Là encore il sera préférable de les établir d'après les facilités de communication.

Ces maternités réservées aux cas dystociques ne devront pas être encombrées par les femmes normales qui viennent accoucher à l'hôpital par suite de l'insuffisance de leur logement. De plus ce serait une complication inutile et une gêne pour ces femmes et leur famille que de les éloigner trop de leur foyer.

Pour ces cas simples il faudra que chaque petite ville, chaque chef-lieu d'arrondissement et chaque ville de plus de 10.000 habitants ait une petite maternité. Dans certains cas de régions étendues sans grande ville et dépourvues de moyens de communication, plusieurs cantons pourront se réunir pour avoir une maternité intercantonale. Mais là encore il n'est pas possible de fixer une règle générale ; à chaque cas devra s'approprier une organisation adaptée aux besoins locaux.

Maintenant que nous avons examiné l'organisation médicale des consultations de femmes enceintes et la nécessité des maternités qui en sont le complé-

ment, voyons quelle doit être l'organisation matérielle des consultations.

Il y a lieu de distinguer: 1° Les villes qui seront pourvues de maternité; 2° celles qui en seront dépourvues.

Là où existera une maternité, la consultation y aura sa place toute indiquée.

Nous allons envisager sommairement la disposition du local nécessaire. C'est une question qui peut paraître superflue mais qui a pourtant une importance énorme.

La femme enceinte privée des ressources a droit à autant d'égards que la femme aisée; et la consultation ne doit en rien la blesser, ni choquer sa pudeur.

L'obligation imposée aux femmes enceintes de venir consulter sera certainement mieux observée si la femme ne considère pas cette consultation comme une corvée pénible, comme une formalité gênante, mais si elle vient agréablement comme elle irait au domicile d'un médecin que de son plein gré elle voudrait consulter.

De plus la médecine qui prône tant l'hygiène doit en donner l'exemple.

Il y a un certain nombre de maternités où comme nous le disions plus haut, en principe la consultation existe mais n'est pas suivie. Il faut en rechercher le plus souvent la cause dans leur mauvaise organisation.

Dans une maternité où nous avons eu l'occasion d'assister à la consultation, il n'existait ni vestiaire

où les femmes auraient pu se déshabiller, ni même de salle de consultation. C'était dans le dortoir sur le lit d'une des femmes qui attendent l'heure de l'accouchement qu'avait lieu l'examen. Voilà qui était peu agréable et pour l'occupante du lit, et pour la consultante, et voilà aussi de quoi expliquer la répugnance qu'éprouvent les femmes à venir consulter à cette maternité.

Pour avoir un local de consultation convenable, il faut trois pièces : une salle d'attente, un vestiaire où les femmes pourront se désabiller et la salle de consultation proprement dite.

Naturellement la grandeur de chacune de ces pièces sera proportionnée à l'importance de la maternité. Mais toujours elles devront être claires, propres et d'un entretien facile.

La salle d'attente, qui dans les maternités peu importantes pourra servir en dehors des heures de consultation à d'autres usages, devra comporter des sièges en nombre suffisant pour ne pas imposer une station debout prolongée à des femmes enceintes peut-être déjà fatiguées par le trajet qu'elles ont été obligées de faire, pour se rendre à la consultation.

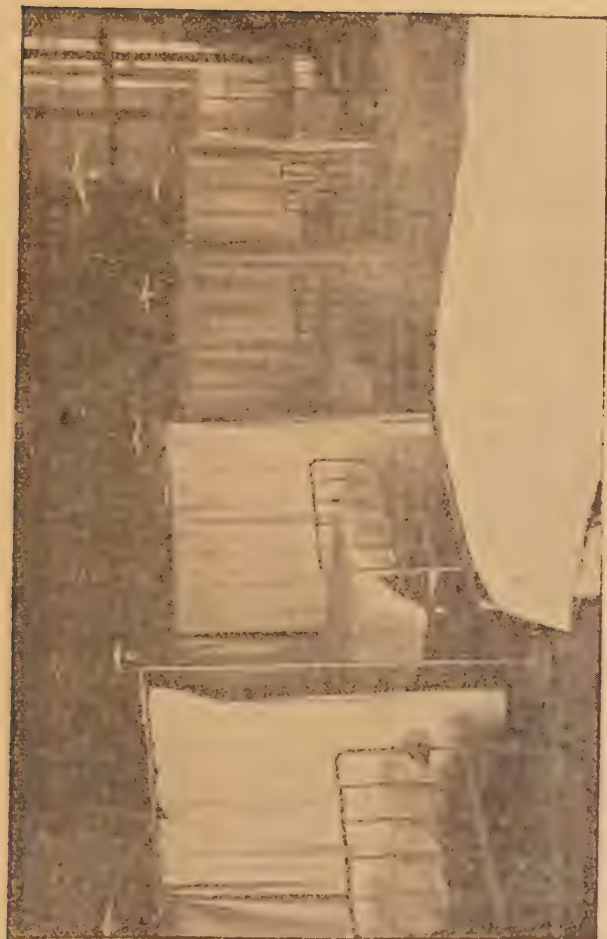
Il serait opportun que cette salle d'attente soit égayée de tableaux dont l'examen ferait trouver aux femmes l'attente moins longue et qui en même temps les instruiraient sur les dangers de la tuberculose, de la syphilis et de leur contagion, sur les avantages de l'allaitement au sein, les inconvénients du biberon, sur l'hygiène du nouveau-né, etc...

Des numéros d'ordre seront distribués aux consultantes dès leur arrivée pour éviter toute discussion. De la salle d'attente, les femmes passeront se déshabiller dans un vestiaire où on leur remettra une chemise.

Il faut que dans ce vestiaire et dans la salle de consultation rien ne puisse gêner la délicatesse des femmes qui viennent consulter. Faute d'en tenir compte la consultation ira à un échec certain. Les femmes consentiront volontiers à se faire examiner par plusieurs médecins ou étudiants qui le feront avec délicatesse, douceur et sérieux ; mais elles ne consentiront jamais à s'exhiber aux regards de leurs compagnes ou à ceux d'un groupe d'étudiants, de médecins, de sages-femmes et d'infirmières qui de loin les regardent en faisant la conversation.

Pour satisfaire ce désir très légitime des consultantes il est facile d'installer dans le vestiaire un nombre suffisant de petites alcôves avec chaises, portemanteaux et glace, suffisamment spacieuses pour que les femmes s'y déshabillent à l'aise et y prennent la chemise bien propre qui leur aura été remise.

Comme il nécessaire qu'une analyse d'urine soit faite pour chaque consultante, au vestiaire seront adjoints des cabinets où la femme pourra uriner dans un récipient disposé à cet effet. L'aménagement intérieur de ces cabinets devra être particulièrement soigné pour qu'ils soient toujours en parfait état de propreté, et notamment ils devront de toute nécessité comporter un lavabo.



Salle de consultation pour femmes enceintes de la Clinique Tarnier (Paris)

CLICHÉ DU A L'OBLIGANCE DU D^r DE MANET.

Quant à la salle de consultation, elle aussi sera divisée en petites alcôves avec un lit garni de deux draps dont l'un destiné à recouvrir la femme au fur et à mesure de l'examen.

Comme matériel, à côté des doigtiers, spéculums, etc., devra nécessairement figurer un appareil pour la mesure de la tension artérielle qui rendra les plus grands services.

Cette conception des locaux de consultation pour femmes enceintes n'est pas une utopie ; et si à la clinique Tarnier malgré les efforts de M. le professeur Brindeau, le vestiaire est resté beaucoup trop exigü pour l'importance de la clinique, la salle de consultation a été aménagée d'une façon modèle. Nous l'avons fréquentée régulièrement et devons dire que nous avons toujours vu les femmes venir au lit de consultation avec un visage satisfait. Rien ne les a choquées, elles se sentent à l'aise, et quand M. le professeur Brindeau s'approche, toujours si accueillant de ces futures mamans, on voit sur leur visage s'épanouir un large sourire de satisfaction qui exprime mieux que toute parole leur confiance et leur reconnaissance envers notre vénéré maître, qui met avec tant de bonté sa haute compétence au service de cette consultation.

Dans certaines grandes villes pourvues d'une maternité, la consultation qui y fonctionnera pourra ne pas être suffisante. Il faut que les femmes obligées à venir aux consultations n'aient pas à perdre pour s'y rendre un temps excessif ; aussi dans bien des cas

des consultations de femmes enceintes devront être établies en dehors des maternités et dans différents quartiers.

Dans ces cas, et dans les villes où n'existe pas de maternité comment organiser les consultations ? Evidemment il faudra bien se contenter de moyens de fortune pour les établir, tout en cherchant à obtenir pour le local un confort se rapprochant des conditions énumérées plus haut.

Cependant la réalisation en sera rendue plus aisée là où il a déjà été établi des consultations de nourrissons, et il convient de dire qu'elles se sont beaucoup multipliées. Le local pourra être le même, les femmes qui déjà auront eu des enfants en connaîtront le chemin et y viendront plus facilement.

Quand il n'existera pas de consultation de nourrissons, il sera toujours possible de trouver à la mairie deux pièces et de les aménager convenablement et en même temps que la consultation de femmes enceintes il sera nécessaire de créer la consultation de nourrissons, la seconde étant le complément naturel de la première.

Mais dans les campagnes il sera impossible d'organiser d'une façon pratique des consultations. Les femmes y ayant droit seront trop peu nombreuses et trop dispersées pour justifier l'organisation d'un local spécial. Le mieux sera que la femme enceinte puisse se faire surveiller par le médecin de son choix qui se mettra en relation avec la maternité la plus proche, pour y diriger la femme lorsque son état le

nécessitera. Il serait utile que chaque médecin de campagne appelé à suivre les femmes qui voudront bénéficier de la loi Strauss reçoive un petit memento où seront indiquées les formalités que la femme et le médecin auront à remplir dans ce but. Il ne serait peut être pas superflu de joindre à ce memento administratif un petit guide de l'examen de la femme enceinte, aux différentes périodes de son état. Il y serait notamment indiqué pour les vieux praticiens qui n'ont pas été habitués aux piqûres et ponctions intraveineuses, qu'ils peuvent s'ils ont le moindre doute sur la spécificité de la femme l'envoyer dans une maternité où tout le nécessaire sera fait pour le diagnostic et pour le traitement.

Il faudra que les consultations soient connues et pour cela une excellente manière de le faire sera d'en noter les jours et les heures à la porte des maternités d'une façon bien visible comme cela se fait à Paris. Mais ce n'est pas suffisant et un des moyens les plus efficaces serait de porter à la connaissance des jeunes mariés ces consultations en indiquant leur existence sur le carnet de mariage en même temps que les avantages consentis aux familles nombreuses. Rien ne s'opposerait à ce que le texte soit agrémenté de quelques dessins gentiments faits pour mieux attirer l'attention. La meilleure propagande sera encore celle que feront les femmes qui auront bénéficié des consultations ; si elles les ont trouvées bien installées, si elles ont été bien accueillies elles ne manqueront pas d'en faire part à leurs amies et

d'en conseiller la fréquentation à celles qui se trouveraient enceintes.

Il faudrait que ces consultations soient établies le plus rapidement possible pour pallier à notre crise de natalité. Mais elles devront être complétées par une campagne contre le néo-malthusianisme. Ainsi que le démontrait le Dr Kieffer de Bruxelles et le D^r Paterne au Congrès international, pour que ces consultations donnent d'heureux résultats, il ne faut pas en laisser détruire les effets par les pratiques malthusiennes.

CONCLUSIONS

I. Les consultations de femmes enceintes qui fonctionnent à la clinique Tarnier à Paris donnent d'excellents résultats principalement :

1° En permettant de traiter : la syphilis, la tuberculose ;

2° D'éviter les ruptures de grossesse extra-utérine, en les opérant à temps ;

3° De prévenir les menaces d'éclampsie ;

4° De modifier les présentations vicieuses ;

5° De prévoir les dystocias du moment de l'accouchement et d'y remédier.

II. Il y aurait intérêt à ce que par toute la France des consultations analogues soient organisées, pour les femmes enceintes demandant les secours de l'Assistance publique, et que ces consultations soient obligatoires :

1° D'une manière générale, tout chef de lieu de département et toute ville de plus de 100.000 habitants devrait posséder une maternité aménagée pour parer à toute complication survenant au cours d'un accouchement.

A cette maternité serait joint un pavillon pour

hospitaliser les femmes enceintes dont l'état le nécessiterait par suite d'une maladie intercurrente ;

2° Toute sous-préfecture ou ville de plus de 10.000 habitants devrait être pourvue d'une maternité pour accouchements normaux ;

3° Dans chaque maternité fonctionnerait une consultation de femmes enceintes ;

4° A chaque consultation de nourrissons existante devrait être annexée une consultation de femmes enceintes ;

5° Là où n'existe ni maternité, ni consultation de nourrissons, chaque fois que le chiffre de la population le justifierait, il devrait être créé au plutôt une consultation de femmes enceintes et une de nourrissons.

Dans les autres cas chaque femme enceinte devrait avoir la facilité de consulter gratuitement le médecin de son choix aussi souvent que son état l'exigerait.

Vu : le Président de la thèse,

BRINDEAU

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Bachimont.* — Documents pour servir à l'histoire de la puériculture intra-utérine. Thèse Paris, 1898.
- Baffet.* — La dépopulation plus spécialement envisagée au point de vue obstétrical. Thèse Paris, 1903.
- Clappier.* — De la puériculture avant la naissance. Thèse Paris, 1907.
- Kaminzer.* — Puériculture dans l'antiquité gréco-romaine. Thèse de Paris, 1910.
- Mamelle.* — Tendances nouvelles en puériculture. Thèse Paris, 1921.
- Mulon.* — Les consultations pré-natales (Rapport présenté au Congrès des Institutions d'Assistance et d'Hygiène sociales le 5 juillet 1921).
- Pechin.* — Puériculture avant la naissance. Thèse Paris, 1907.
- Pinard et Richet.* — Rapport sur les causes physiologiques de la diminution de la natalité en France (Annales de Gynécologie, 1903).
- Pousolle.* — Maternité et centre de puériculture d'Angers. Thèse Paris, 1922.
- Sarraute.* — De l'influence du repos sur la durée de la gestation. Thèse Paris, 1899.
- Savary.* — La Maternité cantonale de Saint-Maurice. Thèse Paris, 1923.
- Strauss.* — Rapport sur les causes de la mortalité infantile, 1911.
- Proposition de loi tendant à la révision de la loi du 23 déc. 1874 sur la protection des enfants du premier âge.

